

# Former de vrais thérapeutes

## La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine

CÉLINE LEFÈVE\* et JEAN-CHRISTOPHE MINO\*\*

1. Nous citerons ici certains ouvrages et articles. Il ne s'agit pas de fournir une bibliographie exhaustive, mais d'illustrer par quelques références les très nombreux travaux dans le champ des sciences humaines et sociales en médecine.

LA médecine actuelle se caractérise non seulement par son niveau croissant de connaissance et de technicité, mais aussi par des problèmes complexes dont les dimensions politiques, économiques, sociales, épistémologiques et éthiques rendent nécessaire une réflexion sur la formation médicale et, en particulier, sur la place que peuvent y tenir les sciences humaines et sociales<sup>1</sup>. Les études médicales reposent avant tout sur l'apprentissage des sciences de l'organisme et des techniques thérapeutiques. Certes le praticien doit maîtriser ces savoirs, mais il doit aussi prendre en compte la personne malade dans sa globalité et sa complexité et se situer lui-même comme un acteur social. Ne plus se restreindre à l'apprentissage « par cœur » ni à la conception de la médecine comme science appliquée à la guérison des maladies, changer de registre et s'engager dans la réflexion sur le soin et les rapports

\* Maître de conférences en philosophie de la médecine à l'Université Paris Diderot, chercheuse à SPHERE (CNRS UMR 7219) et au Centre Georges Canguilhem. Co-directrice, avec J.-M. Mouillie et L. Visier, de *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Belles Lettres, 2007 et co-directrice, avec L. Benaroyo, J.-C. Mino et F. Worms, de *La Philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, PUF, mai 2010 et, avec C.-O. Doron et A.-C. Masquelet, de *Soin et subjectivité, Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, PUF, janvier 2011.

\*\* Médecin chercheur sur les pratiques et l'organisation des soins, co-auteur dans l'ouvrage *Médecine et sciences humaines*, Belles Lettres, 2007 et co-auteur, avec E. Fournier, de *Les mots des derniers soins*, Belles Lettres, 2008.

médecine-société contribuerait sans doute à l'amélioration de la formation médicale. En décrivant précisément, dans un premier temps, les problématiques qui sont à l'articulation de la médecine et de la société et en proposant, dans un deuxième temps, une analyse épistémologique de l'activité médicale inscrite dans le sillage de la philosophie de Georges Canguilhem, cet article montrera la nécessité de ce « changement de registre » dans la formation des futurs médecins.

## *Sciences humaines et pratiques médicales*

Les études médicales juxtaposent aux stages hospitaliers l'apprentissage de savoirs fondamentaux sur le fonctionnement de l'organisme, de savoirs théoriques sur les maladies et de savoirs opératoires sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques. Elles relèvent d'une double exigence : la maîtrise quasi exhaustive de ces savoirs et l'acquisition d'une résistance physique et morale aux situations et conditions de travail les plus difficiles. Selon la formule ironique d'un professeur de chirurgie parisien, elles consistent à « se lever tous les matins à 5 heures pour sauter à la corde et apprendre le bottin par cœur ».

En 1959 déjà, quelques mois après que Robert Debré ait révolutionné les études de médecine, notamment en y introduisant les sciences fondamentales<sup>2</sup>, Georges Canguilhem, philosophe et historien de la médecine (et médecin lui-même)<sup>3</sup>, remettait en cause cette logique d'apprentissage en montrant qu'elle se fondait essentiellement sur les aptitudes mnésiques et sur une conception abstraite du malade et de la médecine. Elle se désintéressait de la personne du patient et de son monde social, mais aussi de la relation de soin elle-même, des conceptions diverses que l'on peut en avoir et des motivations qu'elle suppose. Enfin, elle occultait l'insertion des pratiques médicales dans la société, ses pouvoirs et ses normes : « N'est-il pas surprenant que l'enseignement de la médecine porte sur tout, sauf sur l'essence de l'activité médicale, et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin ? A la Faculté de médecine, on peut apprendre la composition chimique de la salive, on peut apprendre le cycle vital des amibes intestinales de la blatte de cuisine, mais il y a des sujets sur lesquels

2. Cf. H. Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, CNRS, 1969 et F. Danet, *Où va l'hôpital ?*, Desclée de Brouwer, 2008.

3. Georges Canguilhem (1904-1995) fut d'abord philosophe avant d'être médecin. Ancien élève de l'ENS et agrégé de philosophie, c'est parallèlement à l'enseignement de la philosophie – puis à l'engagement dans la Résistance – qu'il fit des études de médecine et soutint sa thèse de doctorat en 1943 intitulée *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Il ne s'agissait pas pour lui de devenir médecin ou scientifique, ni même épistémologue ou historien de la médecine, mais d'examiner, en philosophe, les « problèmes humains concrets » auxquels la médecine introduit, notamment le problème des rapports entre les sciences et les techniques et le problème des normes et du normal. Sur le statut de philosophe de G. Canguilhem et son rapport à la médecine, cf. D. Lecourt, *Georges Canguilhem*, PUF, 2008, en particulier, p. 29 et sq. Nous citerons l'*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943) dans l'édition *Le normal et le pathologique* (1966), PUF, 5<sup>e</sup> éd. 1994.

4. G. Canguilhem, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, 1968, p. 390. Sur l'histoire de la formation médicale en France et l'ancienneté du débat entre formation clinique et formation scientifique, cf. J.-F. Picard, S. Mouchet, *La métamorphose de la médecine*, PUF, 2009.

5. Sur ce point, on peut se reporter au document de référence du Collège des enseignants de SHS en faculté de médecine à l'adresse suivante : [www-ulpmed.u-strasbg.fr/ulp-med/dhvs/spip/IMG/pdf/Livre\\_blanc\\_SHS.pdf](http://www.ulpmed.u-strasbg.fr/ulp-med/dhvs/spip/IMG/pdf/Livre_blanc_SHS.pdf)

on est certain de ne recevoir jamais le moindre enseignement : la psychologie du malade, la signification vitale de la maladie, les devoirs du médecin dans ses relations avec les malades (et pas seulement avec ses confrères et avec le juge d'instruction), la psychosociologie de la maladie et de la médecine<sup>4</sup> ».

Si les choses ont changé, ces questions sont encore trop peu abordées. Depuis 1994, les sciences humaines et sociales (SHS) sont enseignées de manière obligatoire en première année de médecine et représentent 20 % de la note du concours de fin de première année qui permet de poursuivre le cursus médical. Néanmoins, les effectifs pléthoriques ainsi que l'objectif sélectif du concours peuvent conduire à enseigner les SHS en vue d'évaluer les étudiants, de manière standardisée, en fonction des contenus qu'ils parviennent à mémoriser. Une telle démarche entre dès lors en contradiction avec l'objectif initial de ces enseignements qui est de susciter la curiosité, la réflexion et l'esprit critique. Les SHS sont ensuite présentes dans le cursus sous la forme d'enseignements souvent optionnels, encore pionniers – ce qui, comme nous allons le montrer, reste insuffisant<sup>5</sup>.

L'exercice médical nécessite une connaissance pluridimensionnelle de l'expérience de la maladie : le savoir sur la pathologie et ses moyens d'investigation et de traitement, mais aussi la compréhension fine de ce que peut signifier le fait d'être malade pour un individu et son entourage, ainsi que la connaissance des enjeux sociaux et institutionnels de cette expérience.

La confrontation à la souffrance, à la maladie grave, au corps dénudé et souvent abîmé, à la vieillesse et à la mort mobilise les émotions, les représentations, les croyances, les valeurs des praticiens. Ceux-ci doivent annoncer des nouvelles graves, expliquer que c'est le terme de l'existence d'un enfant, d'un mari, d'une femme. Comment se comporter dans de telles situations ? Quels mots utiliser ? Comment ne pas fuir, en se réfugiant par exemple derrière le langage hermétique de la médecine ? Comment éviter aussi de s'épuiser ? Comment affronter ces questions entre soignants ? Que faire aussi face à des demandes auxquelles il n'est pas toujours possible de répondre, alors que la perception de la médecine

par le grand public se construit au prisme souvent avantageux des « progrès » de la science ? Avec l'habitude et la distance permise par l'objectivation du savoir, les soignants en viennent à s'endurcir et, comme on le dit souvent, à « se blinder ». Peut-on dès lors faire reposer l'apprentissage puis l'exercice de la relation de soin sur leur « fibre » personnelle, leur « savoir-vivre » ou sur l'exemple fourni par leurs pairs ? La subjectivité des soignants et la relation médecin-malade ne font l'objet que de quelques heures d'enseignement dans l'ensemble du cursus, souvent sans lien avec les stages à l'hôpital, alors qu'elles sont largement étudiées par les sciences humaines et sociales, en particulier par la psychologie, la sociologie et l'anthropologie de la médecine<sup>6</sup>.

Le médecin doit pouvoir faire et aider à faire des choix cruciaux pour les patients. Comment orienter au mieux la décision et assumer sa responsabilité professionnelle ? Comment prendre en compte non seulement les arguments scientifiques et techniques, mais aussi l'expérience et les valeurs que les patients expriment de manière diverse et variable ? Pour de nombreux médecins, l'intérêt et la richesse de leur métier résident précisément dans l'écoute du patient, de son récit de vie et de ses questions, dans l'explication de la maladie, la recherche du traitement le mieux adapté et le moins délétère – bien souvent encore sans espoir de guérison –, dans le soutien et l'accompagnement du patient dans la vie contrainte par la maladie. La psychologie et la sociologie de la médecine, notamment, ont montré qu'en quelques décennies une transformation profonde a affecté les relations médecins/malades où se joue désormais un débat, voire une négociation exigeant de prendre en compte les attentes et les doutes des malades et de leurs proches<sup>7</sup>. De son côté, le questionnement éthique décrypte la complexité et les valeurs en jeu dans la décision médicale.

Alors que les médias donnent souvent à voir le visage triomphant de la médecine et de ses promesses de guérison, les médecins sont confrontés à l'incertitude de la maladie, de la connaissance scientifique et de la pratique médicale. Ils sont confrontés aux échecs, aux effets délétères ou aux aléas de certaines de leurs actions. L'épistémologie de la médecine et les sciences sociales étudient ces problèmes et les spécificités du raisonnement, de l'expertise et de la décision médi-

6. Sur ces questions, on pourra se reporter en socio-anthropologie à J. Pierret, Cl. Herzlich, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984 ; D. Carricaburu, M. Ménolet, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004 ; S. Fainzang, *La relation médecins malades. Information et Mensonge*, PUF, 2006, ainsi qu'à C. Mercadier, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Toulouse, Seli Arslan, 2002 et M.-C. Pouchelle, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, Toulouse, Seli Arslan, 2003.

7. Sur ces questions, on pourra se reporter au sociologue A. Strauss, *La trame de la négociation*, L'Harmattan, 1995 et dans le champ de la psychologie à M. Ruzniewski, *Face à la maladie grave*, Dunod, 1999.

8. Sur l'ensemble de ces questions, cf. l'ouvrage dirigé par D. Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, 2004. Sur les questions du raisonnement et du jugement en médecine, cf. N. Dodier, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métaillé, 1992; A. V. Cicourel, *Le raisonnement médical*, Seuil, 2002 et A.-C. Masquelet, *Le raisonnement médical*, PUF, 2006. On pourra aussi se reporter à Cl. Sureau, D. Lecourt, G. David (dir.), *L'erreur médicale*, PUF, 2006.

9. Sur cette question de la médecine face à l'incubabilité, on pourra lire J.-C. Mino, M.-O. Frattini, E. Fournier, « Pour une médecine de l'incurable », *Etudes*, juin 2008, p. 753-764 et F. Gzil, *La maladie d'Alzheimer: problèmes philosophiques*, PUF, 2009.

10. Par exemple, les nombreux problèmes de prises de décision en équipe en réanimation ont été abordés dans les ouvrages de A. Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, La Dispute, 2007, d'E. Gisquet, *Vie et mort en réanimation néonatale*, L'Harmattan, 2008 et de N. Kentish Barnes, *Mourir à l'hôpital*, Seuil, 2008.

cale<sup>8</sup>. C'est, entre autres, la question de la définition et du statut épistémologique de la médecine qui se trouve posée. Constitue-t-elle une science appliquée? Une pratique casuistique? Un art de la singularité? Si la médecine est réduite à une science appliquée à l'organisme en vue de la guérison, le médecin peut alors se percevoir comme un ingénieur du corps dont l'action se déduit simplement de son savoir scientifique. Ceci ne manque pas de poser problème, notamment lorsqu'il n'existe plus (ou pas) de moyens de traiter la maladie et qu'apparaît la question de l'abstention thérapeutique et du passage, qui peut être bénéfique pour le patient, à une approche palliative<sup>9</sup>. Avec un peu de chance, les étudiants pourront observer lors de leurs stages à l'hôpital, les médecins réagir (plus ou moins bien) à certains de ces problèmes. Mais le plus souvent, ces questions sont peu problématisées lors des études faute de temps et de moyens. S'ils en ont l'envie et les dispositions, les apprentis médecins restent seuls et sans méthode pour y réfléchir.

En outre, l'élaboration d'un point de vue distancié apparaît d'autant plus nécessaire du fait des transformations structurelles de la médecine. Le médecin, même s'il exerce en cabinet, n'est plus le praticien solitaire d'antan. La prise en charge des patients demande la collaboration de multiples professionnels et institutions spécialisées. Conséquence de la sur-spécialisation médicale et du morcellement des interventions, l'organisation des soins s'est compliquée – jusqu'à devenir parfois incompréhensible aux yeux des patients. Les métiers, les dispositifs techniques, les institutions se sont multipliés, posant de délicats problèmes de coordination. Dans ce contexte, le travail en équipe et l'approche pluridisciplinaire sont devenus incontournables pour délivrer des soins de qualité. Le principe hiérarchique et l'autorité de la science ne suffisent plus. Le médecin doit pouvoir développer des capacités de travail en équipe et de *management* auxquelles il n'est pour l'instant pas initié. L'étudiant en médecine ne peut plus être formé dans son superbe isolement avec pour seul bagage sa science du corps et ses savoir-faire techniques. Il sera plongé dans un système de santé comportant de multiples ressources mais d'une grande complexité et très contraignant. L'économie, la sociologie du travail et des organisations, le droit peuvent participer à la formation des étudiants sur ces questions<sup>10</sup>.

La médecine fait également l'objet de mutations et de réformes. La diminution annoncée du nombre de médecins est une préoccupation des pouvoirs publics. Les réformes se multiplient, elles sont parfois difficiles à comprendre sur le terrain et suscitent l'hostilité: réforme hospitalière, réforme de l'assurance-maladie, création des agences régionales de santé. Ces nouvelles lois demandent de faire plus ou mieux, souvent sans donner suffisamment de moyens. L'hôpital public et les médecins sont soumis à une responsabilisation budgétaire, à l'obligation de s'évaluer et de rendre des comptes, d'améliorer la qualité des soins et de mieux s'organiser. Lors des prochaines années, la médecine fera de plus en plus l'objet de limitations matérielles et humaines en regard du développement des besoins, de telle sorte qu'il faudra penser d'autres organisations et d'autres pratiques de santé. Comment les réformes actuelles bousculent-elles les repères, les rôles et les manières de faire des professionnels et des usagers? Quel est leur impact sur les personnes malades et leur parcours de soins? Comment influencent-elles les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins? Les futurs médecins doivent comprendre les orientations économiques et politiques de notre médecine, les acteurs en présence et leurs rapports de force, le sens moral et politique des choix publics de santé, et les différences entre des systèmes socialisés et des systèmes privatisés de santé. Les sciences politiques, l'économie de la santé, la philosophie politique ont leur mot à dire sur ces évolutions qui concernent médecine et société<sup>11</sup>.

11. Cf. P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat*, Presses de Sciences Po, 1997 et D. Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, PUF, 2008.

Nous pensons que les sciences humaines et sociales, par leurs connaissances et leurs méthodes, peuvent aider les futurs médecins à prendre la mesure de ces problèmes et défis. Dans un geste comparable à celui de Robert Debré en son temps, il faudrait, en prenant acte des évolutions que nous venons d'évoquer, développer l'enseignement des sciences humaines et sociales. Un peu moins de « par cœur » et un peu plus de lecture, de réflexion et d'argumentation sur les enjeux épistémologiques, humains et sociaux de la santé et du soin ne nuirait pas à l'équilibre des études – ni sans doute à l'équilibre des étudiants. Dans le projet actuel de réforme, les SHS sont maintenues en première année et introduites de manière obligatoire en deuxième et troisième années, mais sans être distinguées de disciplines de nature médicale comme la santé publique ou la psychiatrie. Il serait nécessaire de leur octroyer des volumes

d'enseignement significatifs et surtout de répartir ces enseignements tout au long du cursus en prenant appui sur l'expérience clinique, la maturité et les besoins des étudiants. Cependant, ces raisons, majeures, ne suffisent pas à expliquer le besoin de SHS en médecine. Il faut aussi revenir plus profondément au statut épistémologique de la médecine, à son rapport aux sciences et aux normes de vie humaines, pour justifier un tel apport au cursus médical.

12. Cf. notamment J. Clavreul, *L'ordre médical*, Seuil, 1978.

13. Sur l'histoire de la médecine scientifique et l'objectivation du malade, cf. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, Quadrige, 1963 ; G. Canguilhem, « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, 1968, 7<sup>e</sup> éd. 1994, p. 413-428. Sur l'étiologie de l'expérimentation sur l'homme, on se reportera plus particulièrement à C. Bonah, *Histoire de l'expérimentation humaine en France. Discours et pratiques 1900-1940*, Belles Lettres, 2007 et G. Chamayou, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles*, La Découverte, 2008.

14. Sur l'évolution de la clinique, cf. C. Lefève, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, Univ. de Mons-Hainaut, n° 4, avril 2006, p. 25-34 et <http://centrecanguilhem.net/wp-content/uploads/2009/03/celinelefevelaphilosophiedusoin.pdf> ; A.-C. Masquelet (dir.), *Le corps relégué, Cahiers du Centre Canguilhem*, intr. C.-O. Doron, PUF, 2007 et D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer, C. Sureau, *La mort de la clinique ?*, PUF, 2009.

15. G. Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, op. cit., p. 7.

## *Un nécessaire changement de registre*

Si l'on apprend la médecine à partir d'un certain nombre de savoirs qui mettent entre parenthèses le malade, c'est que la médecine s'est fondée sur une ambition scientifique. La réduction de la médecine à la science, qu'illustre aujourd'hui l'*Evidence Based Medicine* (médecine basée sur les preuves), n'est pas chose récente. Certains ont même avancé qu'elle remontait à la médecine hippocratique et à son objectivation de l'expérience du sujet malade dans le langage médical des causes et des symptômes de la maladie<sup>12</sup>. Cette objectivation n'a fait que se renforcer avec le développement de la médecine scientifique aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles<sup>13</sup>. Cela a contribué à éluder, dans la pratique clinique, la subjectivité du patient, l'écoute du récit de sa vie et de sa maladie, jusqu'à l'examen perceptif de son corps<sup>14</sup>. Ce qui est occulté, c'est l'attention portée à la singularité du patient et au sens subjectif qu'il donne à sa vie et à sa maladie, c'est le souci de ses normes et de ses valeurs de vie propres, de ses croyances et de ses affects, de ses activités, de ses attentes et de ses projets.

Pourtant, la médecine a affaire à l'individualité humaine, ce qui la distingue d'une science et en fait « un art ou une technique au carrefour de plusieurs sciences », selon la formule de Georges Canguilhem dans *Le normal et le pathologique*<sup>15</sup>. Le problème ne réside pas dans l'apport – indispensable – des sciences à la médecine, mais dans la réduction de la médecine à une science. La médecine n'est pas la science du corps ou des maladies, mais un art ou une technique dont l'origine et la raison d'être résident dans la souffrance et l'appel à l'aide d'une individualité dont les normes de vie, mises à mal, sont toujours singulières, même si elles s'articulent aux normes de la société. Elle vise à res-

taurer – ou à instaurer selon les cas – les normes de vie que le patient ressent ou juge comme normales par lui-même et pour lui-même. Pour cela, elle utilise les sciences, en particulier les sciences biologiques et épidémiologiques, mais elle ne s’y réduit nullement<sup>16</sup>.

16. Sur le statut épistémologique de la médecine, on se reportera à J. Gayon.

L’une des tâches du médecin est de comprendre la subjectivité du patient, autrement dit ses normes de vie, les relations qu’il tisse au monde, la manière dont il en est affecté et le sens qu’il leur confère. Ces normes individuelles de vie sont biologiques, psychologiques et sociales. Elles sont indissociables de l’expérience que le sujet en fait et du jugement qu’il porte sur elles, puisque c’est lui qui en jouit ou en souffre, c’est lui qui les vit comme bonnes ou mauvaises, normales ou anormales. Comment orienter la recherche clinique du diagnostic, comment mettre en œuvre une thérapeutique individualisée et prendre soin de la personne sans appréhender – ou tenter d’appréhender – sa vie dans son unicité et sa complexité ? Le médecin a besoin de saisir, en particulier dans les maladies chroniques et les maladies graves mais aussi dans la prise en charge d’accidents ou de handicaps, les éléments existentiels bouleversés. Il doit donc tenter de comprendre les normes de vie de son patient (normes professionnelles, familiales, sexuelles, alimentaires, sportives, etc.). Le normal que le médecin vise à restaurer, ou à instaurer, est une « quantité d’énergie » qui permettra au patient de redevenir l’inventeur de ses normes de vie. Alors que l’individu malade subit les normes de vie imposées par la maladie, l’individu guéri, ou vivant avec une maladie chronique stabilisée, est le sujet de ses normes de vie : il institue ou, tout du moins, s’approprie et reconnaît comme siennes ses normes et ses expériences de vie. Pour mesurer cette quantité individuelle d’énergie à retrouver, le médecin a besoin de se tourner vers l’histoire personnelle de son patient.<sup>17</sup>

17. G. Canguilhem, *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 215.

Cependant, l’objectivation de l’expérience du malade ne saurait être critiquée en soi. Elle est indispensable pour diagnostiquer, traiter et prendre soin de la personne. En effet, le soin le plus individualisé, le plus soucieux de la singularité et de la globalité de la personne, même lorsqu’il ne répond plus à une finalité curative (tenter de guérir la maladie) mais palliative (accompagner et soulager la personne dans l’épreuve de la maladie ou de la fin de vie), demande toujours



une approche objective de la maladie, et souvent des maladies multiples qui s'entraînent et s'ajoutent les unes aux autres. Le soin requiert la mise en œuvre d'investigations et de techniques fondées sur les sciences objectives de l'organisme. S'il existe une distinction, il n'y a pas d'opposition entre le *cure* et le *care*<sup>18</sup>. Les savoirs mis en œuvre par la médecine mettent entre parenthèses le malade et sa vie avec la maladie: ce n'est pas leur objet et l'on ne peut leur en faire grief. Devenir médecin, c'est d'ailleurs apprendre à mettre en parenthèses la vie ordinaire du malade – et la sienne propre – et à interpréter, dans son récit et dans les symptômes que livre son corps ou son psychisme, les signes de la maladie. Ce mouvement d'objectivation de la maladie ne constitue pas un échec ni une défaillance de la médecine, mais sa puissance même. Il faut néanmoins être conscient de cette mise entre parenthèses de la subjectivité pour ne pas l'y laisser enfermée.

18 Sur ce point, cf. F. Worms, « Le soin ultime. Sur l'idée des soins palliatifs », *Médecine palliative*, 2008, 7, p. 186-190 et A. Mol, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Presses des Mines, 2009.

19. G. Canguilhem, « Puissance et limites de la rationalité en médecine » (1978), dans *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, op. cit.*, p. 408.

20. *Ibid.*, p. 411.

Ce mouvement d'objectivation représente en effet la limite de la rationalité biomédicale et il ne saurait définir la médecine tout entière. Elle exige, au-delà de l'objectivation indispensable de la maladie, de « changer de registre »<sup>19</sup>, d'atteindre « un point de conversion qui n'est pas un point de repli »<sup>20</sup>, comme l'écrivait Georges Canguilhem dans un article de 1978 « Puissance et limites de la rationalité en médecine ». Ce changement de registre, lui aussi indispensable, consiste dans la reconnaissance et la connaissance de la subjectivité du patient. La pratique du soin réclame le décentrement de l'attention du médecin (et du soignant en général) de la maladie vers le malade, une conversion du regard pour comprendre le point de vue du malade.

Ce changement de registre consiste à admettre l'existence, objective et irréductible, de la subjectivité humaine qui donne un sens, toujours singulier, souvent complexe et changeant, à son expérience. Un tel changement de registre se poursuit par un travail, et sans doute un effort, du praticien non pour répudier, mais pour mettre entre parenthèses l'objectivité de son savoir et rouvrir la parenthèse dans laquelle il avait placé la subjectivité du patient. Le médecin peut alors se déprendre de sa position d'objectivation et se placer avec le patient dans une relation de vivant à vivant et de sujet à sujet. Ainsi peut-il « se projeter lui-même dans la situation de

malade »<sup>21</sup> et se souvenir, en chacune des étapes du soin, que la maladie, l'anomalie, l'accident, le handicap constituent des épreuves dont la nature est également subjective et dont le sens est propre à chacun. Ce changement de registre, cette conversion du regard permettent d'ouvrir un espace de partage avec le patient ainsi qu'une relation d'échanges et de débat qui rende possibles la compréhension de sa subjectivité et l'individualisation de ses soins<sup>22</sup>. Cet exercice, s'il était reconnu et enseigné comme tel, permettrait au médecin d'assumer l'ignorance dans laquelle il se trouve de la vie de son patient. Il l'inciterait à accepter d'être instruit par son patient de ce que celui-ci seul peut lui enseigner, à savoir ses normes et ses valeurs de vie avant et avec la maladie<sup>23</sup>. Traiter et soigner requiert une connaissance informée de la subjectivité du malade qui d'abord vient de lui.

Les SHS peuvent précisément contribuer à enseigner cette posture, à apprendre à désapprendre ce qui est devenu une seconde nature, afin de rouvrir la parenthèse de l'objectivation et de revenir à la vie subjective et ordinaire du patient. Pour connaître la subjectivité du malade, le médecin peut en effet s'aider des outils objectifs forgés par les sciences humaines (histoire, philosophie, anthropologie, sociologie, psychologie). La rationalité en médecine n'est pas la réduction de la médecine à la science, mais l'alliance des sciences du vivant et des sciences de l'homme, soit deux types de connaissances objectives, au service d'un art de l'individualité et de la subjectivité. Loin de se dévaluer par un prétendu manque d'objectivité scientifique, une médecine soucieuse du sujet, qui articule les sciences dites exactes et les sciences humaines et sociales, se rapproche de son essence technique et de sa visée soignante. Nous proposons donc, grâce à l'enseignement des SHS en médecine, d'apprendre à connaître la subjectivité du patient, afin de ne pas l'objectiver dans les pratiques, afin de ne pas le réduire à un simple objet de connaissance et d'investigation.

Autre moyen de faciliter le changement de registre, les SHS peuvent permettre au médecin une réflexivité sur les sciences et sur la manière dont les acteurs, discours, pratiques, institutions les mettent en œuvre dans l'art médical. En insistant sur le statut technique de la médecine, Georges Canguilhem rappelait aussi son inscription dans les normes sociales. Il montrait ainsi la nécessité de comprendre les

21. *Ibid.*, p. 409.

22. Sur la relation médicale comme débat, cf. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » (1978), *Écrits sur la médecine*, Seuil, 2002 ; C. Lefève, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-patient dans la philosophie de G. Canguilhem », *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Cl. Crignon, M. Gaille (dir.), Seli Arslan, 2010, p. 16-33.

23. Sur l'importance primordiale de l'écoute clinique du malade et la fonction d'exégèse du médecin, cf. G. Canguilhem, « Lasanté : concept vulgaire et question philosophique » (1988), *Écrits sur la médecine*, op. cit.

valeurs et les normes collectives, qui orientent la construction des sciences et des pratiques médicales. Les normes médicales ne sont pas des faits, mais des valeurs résultant de choix effectués par des sujets sociaux. L'histoire et l'épistémologie de la médecine, et plus largement les sciences humaines et sociales en santé, effectuent précisément l'histoire et l'analyse de ces valeurs et de ces normes. Elles étudient les conceptions du monde, de la science et de l'homme que la société et la médecine mettent en jeu. Elles interrogent ainsi ce que la société définit comme normal et comme pathologique, ce qu'elle décide de confier à l'intervention de la médecine. Cette réflexivité qui devrait s'appuyer sur les méthodes, concepts et corpus des SHS ne saurait être considérée comme secondaire, ni même complémentaire par rapport à l'apprentissage des sciences biomédicales. Elle introduit à des questions qui ne sont pas extérieures à la médecine et au soin mais qui, au contraire, en constituent le cœur.

### *Former des praticiens réflexifs*

Ainsi le changement de registre inhérent à la relation de soin exige l'acquisition d'outils théoriques et de pratiques spécifiques. C'est donc dans la formation médicale elle-même qu'il faut envisager un changement de registre. Il ne s'agit pas de promouvoir des médecins qui, en plus de connaître les mécanismes du corps, sonderaient les méandres de l'âme: qu'aurions-nous alors compris de l'individualité humaine si nous la considérons selon ce schéma dualiste âme/corps qui, en outre, abstrait le patient de ses multiples relations au monde? Les SHS n'ont pas non plus pour objectif de disséquer les ressorts des comportements afin de mieux les infléchir et de faire adhérer les malades aux prescriptions. Enfin, les SHS, parce qu'elles sont humaines et sociales, n'ont pas davantage pour prétention de rendre les médecins plus « humains » ou plus « solidaires ». Il s'agit plutôt de les aider à comprendre le patient comme personne et comme acteur social et à saisir les enjeux nombreux et complexes de l'expérience de la maladie. La connaissance de la subjectivité du malade est une connaissance informée par l'objectivité des sciences humaines et sociales visant à résister à toute forme d'objectivation, qu'elle vienne des sciences biomédicales ou des SHS elles-mêmes. Ce savoir ne servirait à rien d'autre

qu'à identifier les zones où les savoirs se convertissent en pouvoirs. Ce changement de registre permettrait finalement au futur médecin de se décentrer de ses propres savoirs et savoir-faire, indissociables d'objectifs et de valeurs qui sont souvent différents de ceux de son patient et qu'il a tendance à vouloir lui appliquer. C'est dans cette perspective qu'il faut promouvoir l'enseignement des sciences humaines et sociales tout au long des études médicales. Elles pourraient ainsi permettre à ce que les apprentis médecins soient plus réflexifs et plus conscients de leurs pratiques. Ce faisant, elles contribueraient peut-être à rendre ces étudiants meilleurs médecins parce que plus justes dans leur jugement sur ce qu'ils font<sup>24</sup>.

CÉLINE LEFÈVE et  
JEAN-CHRISTOPHE MINO

24. Les auteurs remercient D. Lecourt et P. Galletout pour leur relecture approfondie.



Retrouvez le dossier  
« **Bioéthique** » sur  
[www.revue-etudes.com](http://www.revue-etudes.com)